

LAS PROBLEMÁTICAS DEL SECTOR DE EMERGENCIAS MÉDICAS PREHOSPITALARIAS

Un equipo de investigación de la Universidad ISALUD realizó recientemente, a pedido de la Federación de Cámaras de Empresas de Emergencias Médicas (FEM), un trabajo exploratorio sobre la situación del sector en Argentina y su problemática. En este artículo se resumen parte de los hallazgos de dicho trabajo

Por Martin Langsam, Natalia Jorgensen, Mariano Salzman y Claudia Madies

En Argentina, para 2012 el 34% de las defunciones ocurrieron fuera del ámbito sanitario (DEIS, 2012). Dicho porcentaje corresponde a aproximadamente 109.000 muertes y representan entre 1,2 y 3,9 muertes cada 1000 habitantes, dependiendo de la jurisdicción de que se trate. Estas

cifras evidencian la importancia de la gestión de la emergencia prehospitalaria dentro del sistema sanitario y su impacto sobre la salud pública. Si bien del total de defunciones existentes en este registro el 53% (164.099 defunciones) corresponden a personas mayores de 74 años, es decir pertenecen a eventos cuya reducibilidad es limitada, un 40% (125.099 defunciones) corresponde a personas de entre 40 y 74 años y un

6% (18.182) al grupo de edad entre 15 y 39 años. Sobre estos dos grupos, que representan en total 143.342 defunciones, es sobre las cuales la expansión y mejoras en la gestión de los servicios de emergencia podrían incidir positivamente (Gráfico 1). Sobre todo si se tiene en cuenta que, como puede observarse en el Gráfico 2, el porcentaje de defunciones fuera del ámbito sanitario para el grupo de edad entre 15 y 39 años, sin incluir las defunciones en el domicilio, corresponden a un 25% en comparación con porcentajes significativamente inferiores para los otros grupos de edad.

La mejora de la gestión de los servicios de emergencia tanto hospitalarios como prehospitalarios y la coordinación dentro del sistema de salud es necesaria para mejorar los indicadores duros relacionados con este sector.

El funcionamiento del mismo exige la coordinación de una compleja red de personal sanitario y recursos téc-

Martin Langsam es sociólogo (UBA), magister en Políticas Públicas para América latina (Oxford, Reino Unido), secretario de Ciencia y Técnica, docente e investigador de la Universidad ISALUD.

Natalia Jorgensen es economista (UNMdP), magister en Economía Industrial (Universidad Carlos III, de Madrid; docente e investigadora de la Universidad ISALUD.

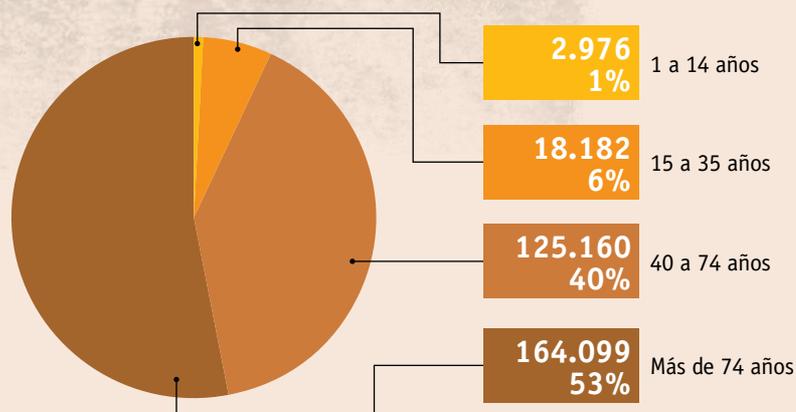
Mariano Salzman es sociólogo (UBA), consultor independiente en recursos humanos, investigador de la Universidad ISALUD.

Claudia Madies es abogada (UBA), magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ) y magister en Bioética y Derecho: Problemas de Salud y Biotecnología (Universidad de Barcelona). Es directora del Centro de Estudio e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho de la Universidad ISALUD. Ex subsecretaria de Política, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud.

Los autores agradecen la colaboración de Aníbal Feder en la elaboración de este informe. De la misma manera agradecen a los directivos, técnicos y empleados de las distintas empresas miembros de las cámaras que componen la Federación de Cámaras de Empresas de Emergencias Médicas (FEM) por la información brindada y el tiempo dedicado a realizar las entrevistas en profundidad.



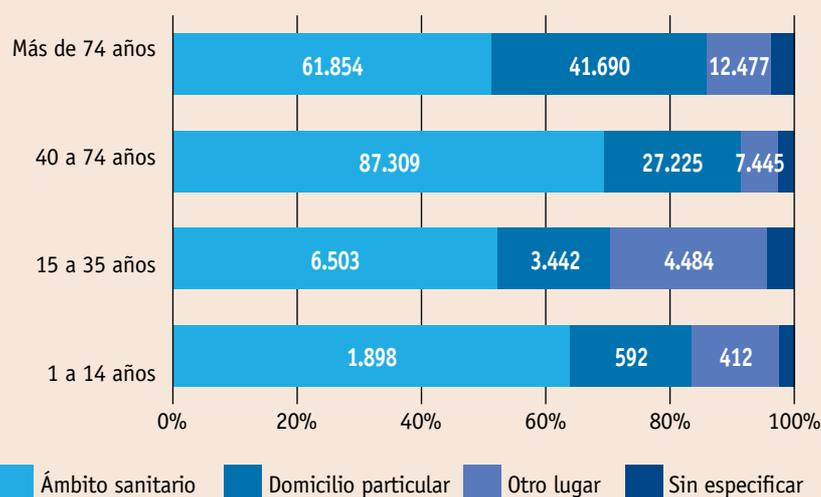
Gráfico 1. Composición defunciones extra hospitalarias por grandes grupos de edad. DEIS-2012



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (MSAL) 2013

nicos, mecanismos de comunicación e instancias de supervisión administrativa que toma distintas formas en los distintos países que hemos analizado, principalmente, en función de las características del sistema de salud en el cual se encuentra inmerso. A grandes rasgos, se presentan dos grandes modelos: el modelo continental europeo, que pone el foco en facilitar los servicios médicos hospitalarios *in situ*, es decir **llevar el hospital al paciente**; y el modelo anglosajón o anglo-americano, en el cual prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario, es decir **llevar el paciente al hospital**. Ambos se distinguen en cuanto a las competencias profesionales exigidas, tanto en la coordinación como en la asistencia *in situ*. La evidencia respecto a los costos y beneficios de uno u otro modelo son aún débiles y no son extrapolables a todos los países. En general, la tendencia es hacia modelos de atención intermedios, con participación de

Gráfico 2. Defunciones por lugar de ocurrencia como porcentaje del total de defunciones por grupos de edad total argentina. 2012



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS (MSAL) 2013

médicos y técnicos en emergencias, paramédicos y/o enfermeros, considerando el contexto local en cuanto a la formación y disponibilidad de recursos humanos y técnicos, y las demandas de atención. En nuestro país el modelo de prestación es el continental lo que implica la presencia de médicos dentro de la atención in situ y la derivación de los pacientes a los servicios especializados, previa evaluación prehospitalaria, en función de lo cual la conformación de los equipos en los móviles incluye a personal paramédico y médico, y personal médico y administrativo en las centrales operativas. La fragmentación y ausencia de coordinación que muchas veces se observa en el sistema de salud argentino se replica hacia dentro del sistema de emergencias prehospitalarias incidiendo negativamente en los resultados de salud.

Contexto operativo

Sobre la base de los resultados de la investigación realizada¹ sobre el sector privado se observa que las problemáticas que afronta el servicio son múltiples, entre las cuales se destacan la ausencia de un marco regulatorio que permita un mejor

¹ Los registros a partir de los cuales se construyeron los datos en el que se basa la investigación fueron provistos por empresas pertenecientes a la FEM y complementados por fuentes secundarias.

diseño y gestión de los recursos del sector, déficits de articulación con el sistema de salud, en general, y con los servicios de emergencia hospitalaria, en particular; y aquellas derivadas del contexto social en el que operan. No obstante, la indagación muestra que una problemática particularmente acuciante para la prestación del servicio está referida a la dotación y gestión de los recursos humanos, las limitaciones normativas para la gestión de los mismos, la ausencia de formación de técnicos de emergencia, existente en la mayoría de los países que se analizaron.

En términos de la calidad de su funcionamiento, el servicio presenta en algunos aspectos, estándares de eficiencia por debajo de lo considerado óptimo.

Los plazos factibles son una función de factores exógenos (congestión vehicular, distancias, disponibilidad de camas en los centros de internación), no obstante se observan también factores operativos y de disponibilidad de recursos. Las estrategias para la reducción de los tiempos de respuesta han sido planteadas en la literatura e incluyen desde la mejora en los sistemas de TRIAGE para la clasificación de llamadas, la reducción de las distancias entre los lugares con mayor frecuencia de llamadas y la posición de las ambulancias, la adopción de vehículos de primer

contacto (motos) asistidas por paramédicos para tener un acceso más rápido al paciente.

En los registros estudiados del total de las llamadas clasificadas con código rojo el 12,3% no necesariamente implicaban riesgo de vida. Por otra parte, la adopción de vehículos de primer contacto conducidas por paramédicos encuentra en el marco normativo vigente un límite para su aplicación, ya que en mayoritariamente las disposiciones legales se exige la presencia de personal médico.

Contexto normativo

Ante la necesidad de una adecuada gestión de los riesgos sanitarios relacionados con el funcionamiento de este sector, que pueden involucrar situaciones interjurisdiccionales, encontramos un importante vacío legislativo a nivel nacional, sin que exista una ley nacional que de marco general y que lo regule de modo integral, con alcance federal e interjurisdiccional, ni que invite a las jurisdicciones del país a adherir para sus ámbitos locales. Así, los requerimientos que se establecen tanto para la habilitación de las empresas como sobre los recursos físicos y humanos con que las empresas deben contar para llevar adelante el servicio difieren de una jurisdicción a otra limitando tanto la movilidad de las

Tabla 1. Modelos de atención prehospitalaria

Anglosajón	Continental Europeo
Lleva el paciente al hospital	Lleva el hospital al paciente
Sistema de seguridad pública	Sistema sanitario
Entrega al paciente al servicio de urgencias	Entrega al paciente directamente a la especialidad
Primer respondiente. Apoyo comunitario	Técnicos + enfermeros como primer respondiente
Técnico en urgencias médicas (básico, intermedio y avanzado)	Técnicos avanzados + médicos (en algunos casos especialistas)

Fuente: Elaboración propia

empresas como la de los recursos humanos afectados al sector.

Recursos humanos

Desde la perspectiva de las empresas, la calidad del servicio de emergencias prehospitalarias se basa principalmente en el compromiso y la formación profesional del personal médico y paramédico. Es en estos aspectos en los que hemos encontrado las barreras más significativas y más difíciles de superar para el mejoramiento del servicio.

La composición del equipo sanitario indica una fuerte participación del personal médico dentro del sector. Es justamente respecto al personal médico sobre el cual concentran las mayores dificultades que afronta el sector en términos de la gestión de sus recursos humanos. En términos generales entre los médicos se aprecia un índice de rotación alta agravado por un creciente incremento en las dificultades para las nuevas contrataciones. Por otra parte, es entre los médicos donde se aprecia un mayor nivel de ausentismo y bajo cumplimiento de horarios, para lo cual todas las empresas declararon tener algún esquema de incentivos monetarios, pero muy pocas declararon observar resultados satisfactorios de la aplicación de los mismos. Asimismo, se registra una mayor conflictividad laboral entre el personal médico respecto al paramédico. Los índices comparativamente bajos de permanencia del personal médico afecta a su vez los incentivos de las empresas para capacitar e invertir en personal que en el corto mediano plazo no formará parte de las mismas.

De acuerdo a la visión de las empresas consultadas, entre los médicos de emergencias prehospitalarias se observa una primacía casi excluyente de un aspecto de la dimensión racional del compromiso, la referida

Cuadro 1: La oferta privada de servicios de emergencia prehospitalaria

En el país la atención prehospitalaria es tanto pública como privada, observándose importantes diferencias dependiendo de la jurisdicción de la que se trate. Concentrado en los grandes centros urbanos en los últimos años el sector privado registró un aumento en la demanda por parte de aquellos que, no teniendo cobertura formal, requieren cobertura para servicios de emergencia. Es entonces cuando las empresas comenzaron a consolidarse teniendo dos tipos de clientes: afiliados individuales y clientes institucionales. Hoy, el sector se conforma de más de 300 empresas registradas en todo el país, concentradas principalmente en los principales centros urbanos. Si bien no se dispone de información certera sobre la dimensión de las empresas privadas y la población que atienden, se estima que el nivel de concentración de los afiliados en unas pocas empresas es elevada.

Cuadro 2: Principales leyes que rigen el sector de emergencias prehospitalarias

- Ley Nac. 17132 (1967) ejercicio profesional y otras provinciales
- Ley Nac. 25.367 (2000): Crea Dpto. de Emergencias en M Interior, crea *911
- Res MSN 749/2000 PNGCAM: Regula funcionamiento de ambulancias, sin poder sancionatorio
- Leyes provinciales 10/24 y Decretos o resoluciones ministeriales 15/24. Sólo 19 jurisdicciones normatizan: heterogeneidad respecto a definiciones básicas, dif. entre público o total, etc.
- Mercosur/GMC/Res 12/07: Regula transporte interhospitalario

a la remuneración. Los demás aspectos involucrados que impactan sobre vínculo laboral, entre ellos las posibilidades de aprendizaje y crecimiento profesional, se presentan con escasa frecuencia y constituyen el principal desafío de la gestión de expectativas del personal médico. Este bajo nivel de compromiso de una porción significativa del personal médico se expresa en la existencia de una serie de comportamientos recurrentes que afectan la calidad del servicio.

Un escenario muy distinto se presenta en torno al personal paramédico. Con tasas de rotación mucho más bajas, los paramédicos construyen una adherencia organizacional mucho más pronunciada que se traduce en comportamientos más responsables con la tarea. En esta población el ausentismo se presenta en mucha

menor medida, así como también se obtienen mejores niveles de cumplimiento de horario. En la visión empresaria el compromiso de los paramédicos está sostenido no sólo en el aspecto racional del contrato de expectativas con las empresas sino también en su faz emocional, en el sentido de pertenencia y orgullo respecto a las tareas realizadas, lo cual se traduce incluso en la disposición a hacer un esfuerzo más allá de lo que su función requiere. Esta diferencial situación de los paramédicos redundará en un involucramiento y efectividad mayor en relación a las iniciativas de las empresas para con sus recursos humanos.

La principal razón esgrimida para comprender esta diferencia respecto de los médicos es atribuida a la extracción social y las trayectorias labo-

rales previas del personal paramédico, lo cual supone el establecimiento de un contrato de expectativas en el que se tiende a construir una identidad vocacional. En contraposición, una escasa proporción de médicos que se orienten a la emergentología de manera vocacional.

En este sentido, la planificación de los recursos humanos es esencial en el ámbito de las emergencias médicas prehospitalarias. ¿Cuántas personas se necesitan para llevar adelante la atención y qué cualidades necesitan tener para dar una respuesta adecuada? son preguntas que se realizan en el ámbito micro de cada empresa, pero que necesitan también una respuesta a nivel del regulador. La descripción de los puestos de trabajo, la definición de qué, cómo y bajo qué condiciones se realizan ciertas tareas también es fundamental en este ámbito. En el mismo sentido, lo anterior está estrechamente relacionado con la definición de perfiles de competencia para los puestos de trabajo. Actualmente, no hay un marco regulatorio nacional que permita dar una respuesta acabada a estas preguntas y, en muchos casos, las competencias son muy amplias o no están reguladas.

En el ámbito del Consejo Federal de Salud (Cofesa) se ha definido el recurso humano crítico que debe priorizarse en salud por los déficits de formación, listando ciertas especialidades médicas a ser priorizadas en la financiación pública de las residencias médicas y definiendo las técnicas en las cuales debe trabajarse para alentarlas. Lamentablemente, hasta el momento no ha incluido a la emergentología entre tales priorizaciones de especialidades médicas, ni se ha considerado la situación la Técnica en Emergencias Médicas, como una formación técnica que podría promoverse. En cualquier caso,

la tendencia regulatoria en esta materia, parece orientarse a mantener la hegemonía médica en la atención prehospitalaria, aunque se esté reconociendo en las regulaciones más modernas a la función de los enfermeros y más incipientemente a los Técnicos en Emergencias Médicas o paramédicos.

Comentarios preliminares

La relevancia del sector dentro del sistema de salud no siempre es valorada de manera adecuada. La atención de la emergencia, dentro del sistema sanitario, implica una atención de excepción en el sentido de que la severidad y rápida evolución del problema de salud impide que el paciente utilice el sistema sanitario de la manera habitual. La atención de dicho paciente es prioritaria y dicha priorización es socialmente valorada (Almoyna, 1998). Dado el valor social que este servicio tiene, el Estado es quien debe velar por el buen funcionamiento del sector, ya sea que la provisión del servicio se encuentre en manos públicas, en manos privadas o ambas.

No se puede pensar sobre los servicios de atención médica prehospitalaria al margen del sistema de emergencias hospitalario. Es importante tener en cuenta esta visión sistémica para internalizar tanto los efectos

que tiene la calidad en la atención en el primer momento sobre el rendimiento del sistema como la medida en que el sistema prehospitalario es afectado por el sistema de salud en el que opera.

No parece haber consenso a nivel mundial sobre la conveniencia de adoptar un modelo de gestión u otro (continental vs anglosajón) Distintos países adoptan distintos modelos en función de variables complejas (disponibilidad de recursos físicos y humanos, historia del sector, aspectos culturales.) Sin embargo el balance entre la disponibilidad de los recursos humanos médicos y paramédicos es fundamental a la hora de determinar el modelo de gestión a adoptar.

Respecto a la Argentina, los principales condicionantes del sector de emergencias prehospitalaria que se identificaron en el estudio fueron:

- Ausencia de un marco normativo nacional en Argentina y multiplicidad y complejidad de los marcos provinciales
- Ausencia de información básica con nivel de detalle desagregado y carácter fidedigno sobre el sector
- Problemática en la contratación y fidelización del recurso humano conjuntamente con una legislación muy limitante en cuanto a las características y formación que debe tener dicho profesional. 

Referencias

- Almoyna, 1998. Regulación médica en los servicios de emergencia.
- Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med.* 2003 Jan-Mar;18 (1):29-35; discussion 35-7.
- Eisenberg MS(1), Pantridge JF, Cobb LA, Geddes JS. The revolution and evolution of prehospital cardiac care. *Arch Intern Med.* 1996 Aug 12-26;156 (15):1611-9.
- OMS. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Ginebra, 2008.
- OPS. Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los EEUU de América para países en desarrollo. Washington DC, 2003
- OPS. Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud. Washington DC, 2007.